

# Délégation pour l'administration des médicaments sur ordonnance médicale et en vente libre

**Pour 24h** Date: .....

Document à remplir par l.a.e responsable légal.e et à remettre à l'infirmier.ère de l'établissement ou à la personne référente de votre enfant

Nous vous demandons aussi de bien vouloir nous remettre les copies des ordonnances médicales prescrits par un.e médecin.

Nom de l'enfant : .....Prénom de l'enfant : .....

Date de naissance de l'enfant: .....

Allergie.s si connue.s :  oui  non Laquelle.s : .....

**Pour l.a.e responsable légal.e :** Si vous administrez à votre enfant un médicament inscrit ci-dessous avant son arrivée, il est impératif d'en informer l.a.e référent.e de votre enfant de vive voix **et** d'envoyer un message écrit par courriel ou SMS, faute de quoi votre enfant risquerait de recevoir 2 doses !

Coordonnées de l.a.e référent.e de votre enfant : Nom :

Prénom :

Moyen de communication direct permettant la confirmation que le message a bien été reçu (téléphone, courriel ou SMS)

En cas de médication d'urgence, merci de bien vouloir nous transmettre le protocole médical d'administration signé par un.e médecin :

Epilepsie :  oui  non Allergie :  oui  non Asthme :  oui  non Piqûre d'insecte :  oui  non

Allergie alimentaire :  oui  non Autre : .....

**Pour la ou le responsable légal.e :** Assurez-vous de la comptabilité du traitement médicamenteux inscrit ci-dessus auprès d'un.e médecin

Ce contrôle n'est pas de la responsabilité de l'établissement qui accueille votre enfant.

Nom et prénom de l.a.e responsable légal.e : .....

Signature de l.a.e responsable légal.e : .....

**Ce document doit être validé par un.e infirmier.ère :**

Nom : ..... Prénom : .....

Date : ..... Signature : .....

**Noter les médicaments stupéfiants en rouge et les autres en noir.**

MÉDICAMENTS RÉGULIERS SUR ORDONNANCE MÉDICALE ET EN VENTE LIBRE									
Heure de l'administration Heure précise, à midi, le soir, ou avant le coucher	Nom du médicament et concentration (exemple : 100mg = 1ml)	Forme Comprimé, goutte, sirop, spray, suppositoire, effervescent	Dosage à administrer mg, ml, gouttes	Moyen de conservation air ambiant, réfrigérateur	Voie d'administration Bouche, gastrostomie, sonde nasogastrique, yeux, nez, rectale  Façon d'administrer À jeun, 10 minutes avant un repas, assis, couché	Date début du traitement	Date fin du traitement	Initiales	
								1 <sup>ère</sup>	2 <sup>ème</sup>

**Pour le.a. référent.e de l'enfant : Téléphoner au responsable légal.e avant d'administrer un médicament de réserve.**

**Afin de vous assurer que l'enfant n'a pas déjà reçu un médicament à domicile.**

**Faute de quoi il existe un risque de surdosage ! Cet appel permettra aussi de convenir de la suite de la prise en charge.**

MÉDICALE ET EN VENTE LIBRE MÉDICAMENTS DE RÉSERVE SUR ORDONNANCE							
Nom du médicament et concentration (exemple : 100mg = 1ml)	Forme Comprimé, goutte, sirop, spray, suppositoire, effervescent	Dosage à administrer mg, ml, gouttes	Moyen de conservation air ambiant, réfrigérateur	Voie d'administration Bouche, gastrostomie, sonde nasogastrique, yeux, nez, rectale	Dans quelles conditions le médicament de réserve est-il administré ?	Initiales	
				Façon d'administrer À jeun, 10 minutes avant un repas, assis, couché		1ère	2ème